



RAPTOR-C19 अध्ययन टीम

प्राथमिक देखभाल स्वास्थ्य विज्ञान के न्यूफिल्ड विभाग रेडक्लिफ

प्राथमिक देखभाल भवन - ऑक्सफोर्ड विश्वविद्यालय वुडस्टॉक

ऑक्सफोर्ड OX26GG

मुख्य अन्वेषक: प्रोफेसर रिचर्ड हाब्स। ईमेल:

RAPTOR@phc.ox.ac.uk

अध्ययन कोड:

साइट आईडी कोड:

प्रतिभागी की पहचान संख्या:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

सहमति पत्र: कोविड-19 के लिए रैपिड परीक्षण (RAPTOR-C19)

शोधकर्ता का नाम:

यदि आप सहमत हैं, तो कृपया बॉक्स में निसान लगाएं

1. मैंने इस अध्ययन की जानकारी पढ़ और समझ लिया है और/या मुझे इस अध्ययन की जानकारी पढ़ कर सुनाई गई है, जिसे मैंने समझ लिया है (संस्करण 1.0 दिनांक 01/06/2020)। मुझे सवाल पूछने का		
2. मैं समझता/ती हूँ कि मेरे बच्चे की भागीदारी स्वैच्छिक है और वे बिना किसी कारण के किसी भी समय इससे बाहर निकलने के लिए स्वतंत्र हैं और इससे उसके चिकित्सा देखभाल या कानूनी अधिकार पर		
3. मैं इस शोध के लिए अपने बच्चे का नमूना देने के लिए सहमत हूँ। मैं इन नमूनों को ऑक्सफोर्ड विश्वविद्यालय के लिए एक उपहार मानता/ती हूँ और मैं समझता/ती हूँ कि इससे न तो मेरे बच्चे को और		
4. मैं सहमत हूँ कि शोध टीम को मेरे बच्चे की कोविड-19 प्रयोगशाला जाँच परिणाम के बारे में सूचित किया जाएगा।		
5. मैं समझता/ती हूँ कि मेरे बच्चे के मेडिकल नोट्स और अध्ययन टीम द्वारा एकत्र किए गए डेटा के संबंधित अनुभागों को ऑक्सफोर्ड विश्वविद्यालय, एचएचएस (NHS) संस्था, और अनुसंधान प्रशासन अनुवीक्षक के अधिकृत व्यक्तियों द्वारा देखा जा सकता है। मैं इन व्यक्तियों को अपने बच्चे के		
6. मैं सहमत हूँ कि सार्वजनिक स्वास्थ्य इंग्लैंड और एनएचएस डिजिटल (NHS Digital) द्वारा रखी और संभाली गई जानकारी का उपयोग मेरे बच्चे की स्वास्थ्य स्थिति के बारे में जानकारी प्रदान करने के लिए किया जा सकता है।		
7. मेरा बच्चा इस अध्ययन में भाग ले रहा है, इसके लिए मैं सहमत हूँ।		
अतिरिक्त और वैकल्पिक		
8. मैं नैतिक रूप से अनुमोदित अनुसंधान अध्ययनों में भाग लेने के बारे में संपर्क करने के लिए सहमत हूँ, जिसके लिए मेरा बच्चा उपयुक्त हो सकता है। मैं समझता/ती हूँ कि संपर्क करने के लिए सहमत होना	हाँ	नहीं

बच्चे के नाम

माता-पिता/अभिभावक का नाम

दिनांक

सहमति लेने वाले व्यक्ति का नाम

दिनांक

यदि मौखिक रूप से पूरा किया गया हो और सहमति लेने वाले व्यक्ति द्वारा प्रलेखित किया गया हो, तो निसान लगाएं ☐

* माता-पिता/अभिभावक के लिए 1 प्रति; शोधकर्ता साइट फ़ाइल के लिए 1 प्रति; मेडिकल नोटों में रखे जाने के लिए 1 प्रति (यदि प्रतिभागी एक मरीज है)।